DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (RA)

Puede elegir a un representante autorizado (RA) para que lo ayude con todos o algunos de los pasos necesarios para solicitar u obtener beneficios. Estos beneficios incluyen: dinero en efectivo, atención médica, cupones de alimentos, y/o ayuda para cuidado infantil.

Un RA es un amigo, un pariente u otra persona que se preocupa por su bienestar. Un RA es una persona que usted elija. No elegiremos una por usted. La persona que elija debe aceptar ayudarlo. Una agencia no puede actuar como un RA, pero una persona de una agencia sí puede. Un RA debe ser una persona específica.

Un RA puede asistir a entrevistas sobre la elegibilidad en su lugar. Un RA puede llenar un formulario de solicitud y otros documentos por usted. Un RA también puede informar sobre modificaciones en sus ingresos, recursos y otros cambios por usted. El RA puede recibir su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, por sus siglas en inglés), su tarjeta de identificación para recibir asistencia médica, así como otra correspondencia nuestra. El RA puede solicitar un recurso contencioso administrativo por usted si no está satisfecho con cualquier decisión que haya tomado el DHHS sobre la elegibilidad. El RA también lo puede representar en un recurso contencioso administrativo. Usted debe elegir lo que le gustaría que el RA hiciera por usted marcando las casillas más abajo.

OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Marque las cosas que desea que el RA haga por usted:

- Obtener mi solicitud, formularios y otros documentos del DHHS por mí.
- Llenar mi solicitud, formularios y otros documentos del DHHS por mí.
- Entregar al DHHS comprobantes de mis ingresos, recursos y otra información sobre el caso, e informar y verificar los cambios en las circunstancias de mi caso por mí ante el DHHS.
- Recibir mis avisos del DHHS.
- Obtener mi tarjeta de asistencia médica por mí.
- Obtener mi tarjeta EBT en su nombre.
- Obtener mis beneficios de dinero en efectivo por mí.
- Obtener mi tarjeta EBT por mí.
- Ir a mis entrevistas de elegibilidad en mi lugar.
- Solicitar una apelación administrativa por mí.
- Representarme en una apelación si decido que quiero una.
- Otro: _____

FIRMA DEL CLIENTE:

Lea atentamente las siguientes declaraciones. Su firma a continuación significa que ha leído, comprende y acepta estas declaraciones.

- **Certifico que** he leído y entendido la información de este formulario.
- **Comprendo que soy** responsable de los errores, omisiones o inexactitudes en la información que mi RA comunique a la Oficina del Distrito.
- **Comprendo que** si mi RA utiliza mis beneficios sin mi permiso, estos beneficios no serán reemplazados ni reexpedidos por el DHHS.
- **Comprendo** que la persona a la que nombro como mi RA seguirá representándome hasta que yo informe por escrito al DHHS de un cambio. No obstante, si vivo en un centro de tratamiento para el alcoholismo o la drogadicción o soy parte de otro tipo de alojamiento grupal y mi RA es una persona empleada por ese organismo, entiendo que de acuerdo con 7 CFR 273.10(f)(5)(ii), esa persona automáticamente dejará de ser mi RA una vez que deje el centro de tratamiento.

Nombre **impreso** del cliente

Fecha

Firma del cliente

Fecha de nacimiento

N.º MID

N.º de caso:

(Dar vuelta)

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Díganos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su RA. Escriba claramente en letra de imprenta.

Nombre	Inicial del 2º nombre	Apellido
Dirección/Dirección postal		Número de teléfono
Ciudad, estado, código postal		Número de teléfono alternativo
Fecha de nacimiento (Opcional)	Describa su relación con el RA. (Si su RA pertenece a una agencia, escriba aquí el nombre de la agencia).	

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

MI firma a continuación significa que he leído y entiendo la información de este formulario. Estoy de acuerdo en aceptar las obligaciones indicadas en este formulario y comprendo lo siguiente:

- **Comprendo** que debo dar prueba de mi identidad para actuar como RA.
- **Comprendo que si** fui descalificado por una infracción a un programa, no puedo actuar como RA a menos que no haya ninguna otra persona adecuada para representar a esta persona.
- **Comprendo que** el DHHS tiene la autoridad para suspender mi capacidad de actuar como RA si se determina que no estoy actuando por el bien de la familia que estoy ayudando.
- **Entiendo** que si soy RA de una persona que recibe cupones de alimentos en un centro de tratamiento de alcoholismo y drogadicción o en otro tipo de alojamiento grupal, y doy información errónea que conduzca a la entrega excesiva de beneficios, estos beneficios se recuperarán del centro de tratamiento o del tipo de alojamiento grupal, no solamente del residente al que represento, y el centro será denunciado ante la concesión de permisos del SNAP del USDA conforme a 7 CFR 273.11 (e)(7).

Nombre en letra de **imprenta** del representante autorizado

Fecha

Firma del representante autorizado

Return to: Centralized Scanning Unit (CSU), P.O. Box 181, Concord, NH 03301